

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935.

THÈSE

N^o

220

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

WEISZ Etienne,
né, 30 Août 1910,
à Beius (Roumanie).

**Contribution à l'étude des
Perforations Utérines dans l'avortement**

Président: M. *COUVELAIRE*, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V°).

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935.

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

WEISZ Etienne,
né, 30 Août 1910,
à Beius (Roumanie).

Contribution à l'étude des Perforations Utérines dans l'avortement

Président: M. *COUVELAIRE*, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V°).

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Desgrez.
Bactériologie	Robert Debré.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie médicale et générale	Baudouin.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	N
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Clinique médicale	LOEPER.
	Carnot.
	Clerc.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Lemierre.
Clinique chirurgicale	Cunéo.
	Gosset.
	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Marion.
Clinique d'accouchements	Brindeau.
	Couvellaire.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	Proust.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne.
Clinique thérapeutique médicale	Rathery.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaître.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu.
Professeurs sans chaire	Hovelacque.
	Mulon.
	Olivier.
	Verne.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

Benard (Henri). Pathologie médicale.
 Bernard (E). Pathologie médicale.
 Boulin. Pathologie médicale.
 Bulliard. Histologie.
 Cathala. Pathologie médicale.
 Chevallier. Pathologie médicale.
 Dognon. Physique.
 Fey. Urologie.
 Gailliard. Parasitologie.
 Gastinel. Bactériologie.
 De Gaudart d'Allaines .. Pathologie
 chirurgicale.
 Gayet. Physiologie.
 Giroud. Histologie.
 Hagueneau. Pathologie médicale.
 Halphen. Oto-rhino Laryng.
 Hazard. Pharmacologie.
 Huguenin. Anatomie pathologique.
 Joannon. Hygiène.
 Labbé (Henri). Chimie biologique.
 Lacomme. Obstétrique.
 Lantuéjoul. Obstétrique.

MM.

Laroche (Guy). Pathologie médicale.
 Lemaire. Pathologie expérimentale.
 Leveuf. Pathologie chirurgicale
 Mlle J. Lévy. Pharmacologie.
 Lévy-Valensi. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 Moreau. Pathologie médicale.
 Moulonguet. Pathologie chirurgicale
 Mouquin. Pathologie médicale.
 Oberling. Anatomie pathologique
 Petit-Dutaillis. Pathologie chirurgicale
 Piédelièvre. Médecine légale.
 Portes. Obstétrique.
 Richet. Physiologie.
 Sannié. Chimie biologique.
 Seneque. Pathologie chirurgicale
 Troisier. Pathologie expérimentale.
 Turpin. Pathologie médicale.
 Vignes. Obstétrique.
 Wilmoth. Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

Alglave. Pathologie chirurgicale
 Busquet. Pharmacologie.
 Chailley Bert. Physiologie.

MM.

Leroux. Anatomie pathologique
 Neveu-Lemaire. Parasitologie.
 Zimmern. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

Abrami.	Clinique	médicale.
Alajouanine. ...	Clinique	médicale.
Aubertin.	Clinique	médicale.
Brulé.	Clinique	médicale.
Chabrol.	Clinique	médicale.
Chiray.	Clinique	médicale.
Donzelot.	Clinique	médicale.
Duvoir.	Clinique	médicale.
Harvier.	Clinique	médicale.
Lian.	Clinique	médicale.
Pasteur-Vallery-	Clinique	médicale.
Radot.	Clinique	médicale.
Sézary.	Clinique	médicale.

MM.

Dasset.	Clinique	chirurgicale.
Brocq.	Clinique	chirurgicale.
Cadenat.	Clinique	chirurgicale.
Gatellier.	Clinique	chirurgicale.
Heitz-Boyer. ...	Clinique	chirurgicale.
Moure.	Clinique	chirurgicale.
Quenu.	Clinique	chirurgicale.
Schwartz.	Clinique	chirurgicale.
Velter.	Clinique	chirurgicale.

MM.

ECALLE.	Clinique	obstétricale.
Gueniot.	Clinique	obstétricale.
Le Lorier.	Clinique	obstétricale.
Levy-Solal.	Clinique	obstétricale.
Metzger.	Clinique	obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Chailley-Bert	
agrége.	Education Physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Weill-Hallé. ...	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET MA MERE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A MON FRERE ANDRE

avocat, diplômé des Hautes Etudes
Commerciales de Paris.

A MA BELLE-SŒUR,

A LA MEMOIRE DE MA PETITE SŒUR,

A MON ONCLE LE DOCTEUR JOHN-J. HESSER,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur de la Clinique Baudelocque,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.
En témoignage de notre respectueuse
et profonde gratitude.*

A MON JURY.

A MON MAITRE

Monsieur Le Professeur *LEVY-SOLAL*,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris,
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine.

*Qui nous a inspiré le sujet de notre
thèse ; nous le prions de trouver ici
l'expression de notre vive gratitude
et l'hommage de notre profonde re-
connaissance.*

* *
*

A MONSIEUR *ALBERT COEN*,

Interne des Hôpitaux de Paris,

*Qui nous a guidé dans notre travail ;
qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de nos vifs remerciements.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur *ABRAMI*

—	—	<i>BAUMGARTNER,</i>
—	—	<i>LEMIERRE,</i>
—	—	<i>GUILLAIN,</i>
—	—	<i>LEMAITRE,</i>
—	—	<i>CLAUDE,</i>
—	—	<i>TERRIEN,</i>
—	—	<i>HEITZ-BOYER.</i>

MEDECINS DES HOPITAUX :

—	—	<i>J. HALLE,</i>
—	—	<i>RAVAUT,</i>

(in memoriam).

**
*

A MONSIEUR LE DOCTEUR *PAUL D'HALLUIN,*

Chirurgien de l'Hôpital de Lagny (S. & M.).

A MONSIEUR LE DOCTEUR *CHEVALIER,*

Médecin de l'Hôpital de Lagny (S. & M.).

La question des perforations utérines a fait récemment l'objet de nombreuses discussions à la Société Nationale de Chirurgie et à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

Résumant les nombreuses communications et observations parues jusqu'à ce jour, apportant une modeste contribution personnelle, nous nous proposons d'exposer cette question en trois parties :

Première Partie.

Les perforations utérines dans l'avortement criminel.

- Etiologie.
- Lésions anatomiques : lésions utérines, lésions para-utérines.
- Etude clinique.
- Diagnostic.

Deuxième Partie.

Les perforations utérines au cours du curettage thérapeutique.

- Etiologie.
- Lésions anatomiques.
- Etude clinique.

Troisième Partie.

Traitement des perforations utérines.

I. — Traitement des perforations utérines consécutives à des manœuvres abortives.

- Abstention opératoire. Traitement médical.
- Les opérations chirurgicales immédiates : colpotomie, hystérectomie vaginale, suture de la plaie utérine, hystérectomie abdominale.

— Traitement des lésions viscérales associées.

II. — Prophylaxie des perforations utérines au cours du curettage post-abortion.

III. — Traitement des perforations utérines au cours du curettage thérapeutique.

PREMIERE PARTIE

Les perforations utérines dans l'avortement criminel.

I. ETIOLOGIE.

Dans la majorité des cas il est difficile de faire préciser aux malades les conditions dans lesquelles l'avortement a été provoqué.

Leur discrétion est ici à toute épreuve, et telle femme portant une large plaie utérine niera énergiquement d'avoir subi la moindre manœuvre abortive.

En pratique, un seul mécanisme entre en jeu dans les perforations utérines de l'avortement criminel : c'est l'introduction dans la matrice des corps étrangers de nature variable : aiguille à tricoter, épingle à chapeau, tringle à rideau, cuiller en bois taillée en pointe (Krsek), baleine de parapluie ou encore des sondes molles en caoutchouc que les femmes rendent rigides par des fils de fer, hystéromètre ou même des crayons. L'introduction de ces différents objets peut être suivie d'une injection intra utérine à propos de laquelle il faut reconnaître la part qui revient : à la sonde elle-même ; fréquemment ce sont des sondes en verre donc très fragiles, qui se cassent avec une grande facilité et peuvent être à la base des perforations de la paroi utérine ; quant aux liquides injectés, nous ne pensons pas qu'ils puissent être incriminés dans le mécanisme des perforations, mais, par contre, ces liquides — eau savonneuse, eau de Javel, sublimé, potasse ou solution iodée — sont à la base des complications qui peuvent surgir à la suite des manœuvres abortives ; telle une néphrite aiguë, une péritonite ou des septicémies.

Nous ne passerons pas sous silence les perforations utérines produites par des lamineires, faits — il est vrai — rares, mais existant indiscutablement (Georgescu et Ionescu). Elles surviennent souvent dans le cas d'utérus en forte antéversion ou antéflexion. Dans la plupart des cas les lamineires sont à incriminer dans les fissurations de l'isthme, provoquant des hémorragies importantes ou aboutissant à des suppurations du ligament large.

Avant de passer à l'étude des lésions anatomiques, nous

insistâmes sur la fragilité particulière de l'utérus gravide, qui se laisse très facilement traverser. Point n'est besoin de déployer une force considérable pour perforer un utérus, et c'est plutôt bien souvent, affaire de maladresse que de force. C'est d'ailleurs ce qui explique que la plupart des perforations rencontrées ont été provoquées par la femme elle-même, et non par une tierce personne.

II. — LÉSIONS ANATOMIQUES.

Nous trouvons dans les observations qui sont à notre disposition des lésions très complexes et bien diverses ; à part les lésions hémorragiques infectieuses, celles dues à la seule transfixion utérine, nous rencontrerons la grande complexité des lésions dues aux blessures des organes voisins. Tous les organes du bassin et même ceux de l'abdomen ont été, en effet, déchirés par les instruments qui ont traversé le corps de l'utérus. Aussi nous classerons ces dégâts en deux groupes : 1° les lésions utérines ; 2° les lésions para-utérines.

1° Lésions utérines. — Au niveau de l'utérus le calibre des pénétrations varie du simple orifice punctiforme à la large déchirure béante, ayant laissé échapper dans la cavité abdominale le fœtus et les fragments placentaires.

Bergouignan insiste dans sa thèse sur le fait qu'il n'y a aucun parallélisme entre les lésions du muscle et celles de la séreuse utérine ; il n'est pas rare, en effet, de constater une petite déchirure péritonéale et être malgré tout conduit à l'hystérectomie, à cause des lésions très étendues du muscle utérin.

Il existe des perforations à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce, ou par contre, des perforations à bords contus, déchiquetés, œdématiés. On conçoit la différence d'indication opératoire dans ces deux cas : la simple suture pourra être tentée dans le premier cas, l'hystérectomie devant être envisagée dans le deuxième.

Le siège des lésions utérines est variable. La plupart des auteurs indiquent comme siège de prédilection, l'isthme et le fond de l'utérus. En réalité on rencontre ces perforations un peu partout ; au niveau de la face postérieure, des cornes, des bords latéraux, de la face antérieure même de l'utérus.

Le siège des perforations dépend essentiellement de la position de l'utérus et de la direction de l'objet traumatisant.

Les plaies de l'utérus intéressent le plus souvent le péritoine, bien plus rarement elles sont sous-péritonéales ; dans

la règle ce sont celles des bords latéraux. Les perforations sous-péritonéales sont, peut-être, d'une gravité moindre ; elles déterminent cependant des accidents septiques, des cellulites du ligament large.

L'inclusion dans la plaie utérine d'un corps étranger (fragment de canule), augmente la gravité des lésions : mais ce qui achève d'assombrir définitivement le pronostic dans ces cas, ce sont les lavages sous pressions qui sont le plus souvent exécutés comme manœuvre abortive complémentaire. En effet, l'irruption du liquide dans le péritoire diffuse à peu près sûrement une infection péritonéale qui aurait pu, peut-être, se limiter (Lecène).

La forme de la perforation est à peu près invariable, et revêt celle observée dans les plaies de guerre. La perforation utérine est en cratère dont l'ouverture la plus large se trouve du côté péritonéal. De même le projectile de guerre a un orifice de sortie déchiqueté, alors que son orifice d'entrée est, le plus souvent, punctiforme.

Localement l'évolution de la plaie est variable. Parfois elle cicatrise sans même avoir inoculé le péritoine : c'est le fait des plaies petites, à bords nets, produites sur l'utérus non ou peu infecté. Ailleurs, elle inocule le péritoine et détermine une péritonite qui tue la malade si l'on n'opère pas d'extrême urgence. Ailleurs, enfin, se constituent des phénomènes de gangrène utérine septique. A cause de la mauvaise vascularisation du fond et de la partie médiane de l'utérus, les tissus se défendent mal, et de ce fait, à ces endroits-ci, les **gangrènes utérines post-abortum** seraient beaucoup plus à craindre qu'en toute autre partie de l'utérus.

Mais à côté de cette gangrène utérine septique aboutissant à la perforation secondaire ou agrandissant une petite perforation primitive, il y a lieu d'opposer, en tant que complication de la plaie utérine, **l'infarctus tubo-utérin**, sur lequel Mondor a récemment insisté.

2° Lésions para-utérines. — Très fréquemment au cours des manœuvres abortives, l'utérus n'est pas le seul organe lésé. Pour cela, au moment de l'intervention, il faut envisager la possibilité de lésions des autres organes abdominaux et qui sont : le péritoine, la vessie, l'intestin grêle, le mésentère, l'épiploon, les uretères le gros intestin, l'anse sigmoïde, l'ampoule rectale et même l'artère utérine.

a) **Le péritoine** est le premier atteint, quoique nous ayons trouvé des cas où ils puissent exister des perforations sans déchirure du péritoine ; c'est le cas où la perforation se trou-

ve sur les bords latéraux de l'utérus. L'objet traumatisant pé-
nètre dans le ligament large.

Cependant, dans la majorité des cas, le péritoine est per-
foré, des fragments placentaires et quelquefois même le fœ-
tus ont pu pénétrer dans la cavité abdominale.

Comme suite habituelle, c'est la réaction péritonéale évo-
luant vers la péritonite qui se généralisera en allant de bas
en haut, d'une pelvipéritonite, qui d'ailleurs peut en rester
là, à la péritonite généralisée. L'intensité de cette péritonite
est essentiellement en rapport avec l'élément microbien en
cause. Quels vont être les germes déterminant cette périto-
nite ? Nous les citerons dans leur ordre de fréquence : le plus
souvent il s'agit du streptocoque, du staphylocoque, du gono-
coque, du pneumocoque-entérocoque et même du pneumoba-
cille de Friedlander. Il n'est pas rare de constater la présence
des anaérobies : bacillus ramosus, bacillus perfringens, ba-
cillus fragilis etc., qui sont à la base de la gangrène gazeuse.

Enfin, il peut n'y avoir aucune trace de réaction périto-
néale, ainsi qu'en témoigne une observation de Bergouignan.

b) **La vessie** peut être déchirée et c'est surtout sa face
postérieure, qui est le plus souvent atteinte, correspondant à
la perforation de la face antérieure de l'utérus. Les lésions
sont en règle intrapéritonéales. Rosenzweig a relaté une ob-
servation, où la vessie présentait une large déchirure, de part
en part, de sa face postérieure ainsi que de sa face antérieure
et l'ouverture de la cavité de Retzius.

c) **L'intestin grêle** est peut-être le plus souvent lésé.
Dans les statistiques de Stœckel et de Bumm, sur 60 cas de
perforations utérines, 15 fois il y avait lésion intestinale.
L'anse intestinale peut subir des contusions ; elle peut être
perforée ou encore prolabée dans l'utérus et même dans le
vagin. Brown Craig cite l'observation d'une malade dont un
long segment de grêle faisait issue hors de la vulve. Une sage-
femme prit ce segment intestinal pour le cordon ombilical, et
en sectionna 75 centimètres. L'intestin grêle faisant hernie
dans l'utérus, peut subir des étranglements, s'incarcérer à
travers la brèche utérine et être à la base d'une intervention
d'urgence. Mais souvent l'intestin grêle reste intact, alors que
de grosses lésions mésentériques s'observent.

d) **Le mésentère**, en effet, peut être déchiré et le grêle
se trouve ainsi désinséré, et voué à la gangrène.

e) **L'épiploon** est assez fréquemment attiré par les in-
struments, à travers la paroi utérine et fait alors la preuve
certaine de perforation utérine.

f) **Les uretères** sont souvent lésés dans les perforations des bords latéraux de l'utérus. Ottow, Rathemond, Klauser relatent des lésions urétérales consécutives à une blessure du ligament large. Ce peut être une simple plaie de l'uretère ou bien une section véritable.

g) **Le gros intestin** est rarement lésé. Jusqu'à présent trois auteurs ont signalé cette variété de lésions. Maxwell signale une lésion importante du rectum. Placenteanu a publié une rupture de l'anse sigmoïde. Récemment, Soupault publie à la Société Nationale de Chirurgie de Paris un arrachement du rectum et du sigmoïde au cours d'un curetage.

h) **Les gros vaisseaux utérins** sont parfois déchirés, pouvant donner des hémorragies profuses et souvent mortelles. Ces grandes hémorragies sont d'autant plus à craindre que les perforations utérines s'accompagnent le plus souvent de légères pertes sanglantes.

Enfin **la paroi abdominale** elle-même peut être intéressée dans certaines perforations utérines ; le cas est d'ailleurs absolument exceptionnel. Battomley cite un cas de passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale.

La rétention de corps étrangers dans le ventre n'est pas très fréquente. Cependant plusieurs auteurs l'ont rencontrée. Dans le cas cité par Lecène, la canule était dans le ligament large. Schwartz trouve près du coecum un crochet d'ivoire. Lewis, Leicester retirent du bassin un morceau de bois. D'autrefois c'est par la radiographie que le corps étranger fut décelé (Schreiner-Weber).

Nous signalerons encore la gravité des cas, où la perforation est suivie de l'administration d'une **injection intra-utérine** de liquide caustique, ou même d'un antiseptique (eau oxygénée ou solution iodée) charriant les débris placentaires, le plus souvent déjà infectés, dans la cavité péritonéale et augmentant les dégâts viscéraux qui ont pu être déterminés par l'agent vulnérant.

III. ETUDE CLINIQUE

Il est très difficile de grouper les signes des perforations utérines et, en particulier, ceux des perforations criminelles et d'en isoler un type clinique.

Les difficultés surgissent du fait que la femme ou bien ignore, ou bien ne dit que rarement la vérité, espérant une

guérison spontanée. Toujours est-il, que la femme n'est amenée à l'hôpital qu'au bout de quelques jours, alors que des complications assombrissent le pronostic et modifient du tout au tout le tableau clinique. La plupart des perforations concernent soit des cas vus à la période de péritonite, soit des cas complexes, où à la perforation utérine s'associent de graves lésions viscérales. Il nous semble cependant qu'au début, alors qu'il n'y a pas encore de péritonite, il est possible de décrire un syndrome de perforation utérine. Aussi nous étudierons les symptômes des perforations utérines en trois groupes : symptômes de début, symptômes tardifs et symptômes des perforations utérines compliquées de lésions viscérales.

A) Symptômes de début. — L'interrogatoire permet trop rarement de préciser qu'à la suite de manœuvres intra-utérines, la malade a ressenti une douleur vive dans le bas-ventre, en même temps qu'une sensation nette de cessation brusque de la résistance à la sonde avec pénétration de celle-ci dans l'abdomen.

La douleur est très variable. Parfois minime, elle est ailleurs intense, en coup de poignard, syncopale, comparable en tout à la douleur de rupture d'une grossesse extra-utérine.

Cette douleur initiale siège dans l'hypogastre, soit à la partie médiane, soit latéralement ; elle irradie vers les lombes et les membres inférieurs. L'intensité de la douleur s'atténue rapidement et prédispose la femme attendre et espérer la guérison spontanée, différant ainsi l'intervention et permettant l'évolution de l'infection.

Les hémorragies sont précoces mais, en général, très discrètes, hors le cas de rupture d'un vaisseau important.

A cette période l'état général est le plus souvent excellent ; la température est normale, le pouls bien frappé. En présence d'une telle malade il convient de pratiquer des examens fréquents, d'heure en heure, pour guetter l'apparition du symptôme majeur quant à l'indication opératoire, à savoir **la contracture et l'accélération du pouls**. C'est une contracture profonde et non pas une contracture superficielle qu'on arriverait à vaincre facilement par une palpation douce et progressive. Elle doit être recherchée très soigneusement ; parfois elle est minime et suivant l'expression de Proust : « ce n'est souvent qu'une pièce de cinq francs enchassée en un point précis de la paroi abdominale ». Bien limitée d'ailleurs, elle n'a que plus de valeur et permet d'éliminer ainsi la contracture superficielle de défense, qui est en général, très étendue. D'autrefois la contracture peut être absente, et on n'observe

pas la moindre défense du ventre, qui reste parfaitement souple et l'état général excellent. La perforation entièrement silencieuse ne détermine aucune réaction péritonéale. C'est alors le triomphe de la thèse des abstentionnistes qui conseillent un simple traitement médical : diète, repos au lit et glace sur le ventre.

Mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue de suivre attentivement de telles malades qui sont sous la menace d'une péritonite rapidement diffusée. On prendra soigneusement le pouls de la malade et on notera avec profit une accélération qui deviendrait alarmante.

Les autres signes sont bien moins importants ; la douleur provoquée en un point a une certaine valeur. Parfois elle est diffuse et dans ce cas sans grande valeur. Le toucher vaginal précisera l'état du col, souvent déchiqueté et décèlera la localisation d'une douleur au cul-de-sac de Douglas, signe d'une péritonite commençante. L'examen au speculum est très important. Il confirmera l'état du col et permettra d'examiner les culs-de-sac vaginaux.

Tel est l'aspect d'une perforation utérine vue à la période du début. Cette forme abandonnée à elle-même, évolue soit vers la résolution, soit vers la péritonite. En principe, il ne faut pas compter sur une évolution simple. Les exemples sont trop nombreux pour nous démontrer que l'évolution normale est la péritonite. Nous répéterons que c'est surtout l'interrogatoire qui fournira les plus précieux arguments pour poser le diagnostic et nous conduire vers la thérapeutique.

B) Symptômes tardifs. Dans ce chapitre nous envisageons l'évolution de la perforation utérine.

La plupart des femmes ayant subi des manœuvres criminelles, arrivent à l'hôpital lorsque la perforation s'est compliquée d'une hémorragie ou d'une infection qui a souvent dépassé les limites de la sphère génitale. Il est difficile de trouver les signes de la perforation utérine si on ne nous donne pas de renseignements à cette période tardive. Dans certains cas ce n'est pas la bonne foi de la malade qui manque, mais ce sont les signes de début qui ont été très discrets : la perforation de l'utérus est ignorée.

La femme arrive à l'hôpital pour une hémorragie grave et l'on est instinctivement poussé à effectuer le curettage car on pense à une rétention ovulaire. Exception faite pour les hémorragies par rétention placentaire ce qui fait saigner ne peut être que la rupture d'un vaisseau — l'artère utérine elle-

même — ou la plaie placentaire saignant énormément si elle est latérale.

Dans ce cas de rupture des vaisseaux plus importants aucune tendance à l'arrêt spontané après évacuation de l'utérus et ce n'est souvent qu'à ce moment qu'on arrivera à poser le diagnostic. Mais ce qui est dangereux dans un pareil cas, c'est le curettage, et en particulier le curettage instrumental. Pour cela il faut craindre toujours la perforation utérine chez une femme qui a subi les moindres tentatives d'avortement. Il faut explorer à la main la cavité utérine si l'orifice du col le permet, pour s'assurer de la vacuité de l'utérus. Bien des perforations utérines attribuées au curettage existaient avant celui-ci ; on les aurait reconnues si avant de commencer le curettage, on avait exploré la cavité utérine avec une douceur suffisante pour qu'il soit impossible d'être accusé de l'avoir perforé.

Mais l'évolution normale, nous l'avons dit, c'est la **péritonite aiguë généralisée**.

Le tableau clinique s'est changé du tout au tout. On se trouve en présence d'une femme au facies péritonéal ; les yeux excavés, les traits tirés, le nez pincé ; la malade tantôt est prostrée tantôt agitée et délirante. Les extrémités se refroidissent. Le pouls est fréquent et petit, dissocié d'avec la température. Il est à 140-160 pour une température qui oscille entre 39° et 40°, ou même à peine au dessus de la normale. Les vomissements apparaissent d'abord bilieux et alimentaires, puis porracés. Dans leur intervalle la malade présente du hoquet, signe d'ailleurs existant avant l'apparition des vomissements, mais qui reparaitra aux approches de la mort. L'interrogatoire le plus souvent est impossible. La douleur est variable, diffuse dans l'abdomen et peut même manquer.

L'examen physique démontrera rapidement le diagnostic de péritonite qu'on devra alors rapporter à sa véritable étiologie. L'abdomen est ballonné et respire mal. La percussion pourra desfois déceler de la matité dans les régions déclives. Le toucher vaginal provoque dans le cul-de-sac postérieur une douleur vive, et la mobilisation de l'utérus est également extrêmement douloureuse.

En présence de tels symptômes on arrivera facilement à poser le diagnostic de péritonite aiguë généralisée d'origine, peut-être génitale, mais sans pouvoir l'affirmer à défaut de l'interrogatoire ; d'ailleurs la notion de péritonite aiguë géné-

ralisée impose la laparotomie immédiate, et l'examen de l'utérus confirmera le diagnostic étiologique.

A cette période le pronostic est sévère ; la péritonite post-abortum est, en effet, le plus souvent hyperseptique. Il faut bien fréquemment, malgré l'intervention, redouter une issue fatale. La mort surviendra au bout d'un jour ou deux dans le collapsus et l'algidité, avec parfois conservation de la lucidité jusqu'à la fin.

Enfin, à côté de la péritonite et de l'hémorragie, l'infarctus tubo-utérin (Mondor) vient parfois ajouter ses propres éléments de gravité aux complications précédentes pour augmenter la sévérité de cette affection.

C) **Symptômes des perforations utérines compliquées de lésions viscérales** : La fréquence des lésions associées à la perforation utérine est assez grande pour en justifier une étude spéciale à cette forme de complication.

Déjà dans le chapitre précédent nous avons parlé, au sujet des perforations utérines simples, des lésions du péritoine, quoique la séreuse péritonéale soit tout à fait différente de l'organe de la gestation.

Nous étudierons par conséquent les formes compliquées de lésions viscérales :

a) **Lésions intestinales** : Il y a lieu de distinguer les formes avec incarceration simple de l'intestin sans lésions, ni de l'intestin, ni de son mésentère, les formes avec large désin-sération mésentérique. Aux signes de péritonite s'ajoutent des signes d'occlusion.

Dans la plupart des cas, lorsque la malade nous est amenée et lorsqu'on tente de pratiquer un curage digital, on se heurte d'une anse grêle procidant dans le vagin ou même pendant hors de la vulve (Brown Craig). L'anse peut être, nous l'avons dit, incluse dans l'utérus, et il sera bien prudent de ne se livrer à des manœuvres instrumentales, mais de recourir d'urgence à une laparotomie sous-ombilicale.

Plus rarement l'anse est perforée et c'est alors une perforation intestinale qui complique la perforation de l'utérus.

Les lésions recto-sigmoïdiennes, comme nous l'avons vu, étaient rares. Il semble que ces lésions accompagnent plus souvent une blessure du cul-de-sac postérieur qu'une perforation utérine. Une fistule recto-vaginale en est souvent la conséquence.

b) **Lésions vésicales** ; Nous avons vu dans quelles circonstances et comment la vessie peut être atteinte. On sera porté à penser à une lésion de la vessie, en présence d'une hématurie, le

seul symptôme qui en évoquera d'ailleurs l'idée. De plus, la malade souffre et cette douleur par réflexe amènera la rétraction du col de la vessie et c'est à cause d'une rétention urinaire qu'on sondera la malade. Le cathétérisme ramène des urines fortement teintées de sang, qui confirmeront le diagnostic de lésion vésicale. Le pronostic vital ne semble pas devoir être sensiblement aggravé du fait des lésions vésicales, si une intervention chirurgicale est proposée précocément. Le pronostic fonctionnel est celui des plaies de la vessie. Il faudra donc redouter les séquelles vésicales possibles, et en particulier, les fistules vésico-vaginales.

c) **Lésions des uretères** : Dans son trajet pelvien, l'uretère contracte des rapports très intimes avec les organes génitaux de la femme et dans les manœuvres abortives il peut être—rarement il est vrai—perforé ou sectionné. Les lésions uretérales sont citées par Rathemond, Klauser et Ottow. Il est rare qu'elles soient diagnostiquées immédiatement. Le plus souvent il s'agit de malades venant consulter pour une fistule urétéro-vaginale. C'est par l'interrogatoire que l'on apprend les manœuvres abortives auxquelles ont succédé plus ou moins rapidement les phénomènes urinaires. Le pronostic éloigné est assez sombre à cause de la difficulté de traitement des fistules urétéro-vaginales.

Nous avons vu les perforations utérines accompagnées des complications soit urinaires, soit intestinales, soit hémorragiques ou péritonéales, mais il existe encore une très grave complication, qui entraîne la mort en quelques minutes : c'est **l'embolie pulmonaire**. En effet, elle est relativement rare en comparaison avec la phlegmatia alba dolens des accouchées, mais elle existe en cas de perforation utérine (Smith, Monod et Király).

IV. DIAGNOSTIC.

C'est pour la plupart un des diagnostics les plus délicats et les plus difficiles à établir. En effet, on se heurte dans la pratique à des difficultés quasi insurmontables. Très souvent la femme ne veut rien avouer des manœuvres abortives, mais bien au contraire, tâche d'induire le médecin en erreur, préférant mourir plutôt que d'avouer les manœuvres qu'elle a subies. (Obs. de Marquis, Brault in thèse de Le Moüel). D'autres fois la femme est amenée à l'hôpital dans un état très grave, où tout interrogatoire est rendu impossible et où on ne peut en avoir quelque renseignement que ce soit.

A) Il est des cas où le diagnostic est relativement aisé car il est orienté par l'interrogatoire de la malade. Celle-ci avoue la manœuvre intra-utérine, précise même parfois qu'elle a ressenti brusquement une vive douleur en même temps que la sonde, ne rencontrant plus de résistance, pénètre librement dans l'abdomen. Le diagnostic est presque fait, et sera rapidement confirmé par l'examen du ventre et l'examen au speculum qui démontrera l'état du col et des culs-de-sac vaginaux.

B) Dans d'autres cas, plus fréquents, la femme nie toutes manœuvres abortives. Le diagnostic est très difficile à moins que l'on aperçoive l'intestin, l'épiploon ou une portion de la vessie dans le vagin, ou quelquefois apparaissant à la vulve.

On pensera à la perforation utérine en présence de défense abdominale, de contracture qui peut être d'ailleurs très limitée, à topographie hypogastrique médiane ou latérale. Souvent à la contracture s'ajoutent des douleurs abdominales vives, des vomissements. L'appréciation du degré de contracture, de sa fixité, de sa résolution sous la glace, ou au contraire de son extension progressive, la prise répétée du pouls et de la température, tels seront les principaux éléments qui permettront de préciser l'indication du traitement. L'apparition d'un vomissement, l'altération du facies, seront également de bons éléments de diagnostic. En cas de doute on mettra la femme en observation et on la suivra d'heure en heure, afin de guetter l'extension possible de la contracture.

La difficulté du problème consiste dans ce fait, qu'une infection banale due à la rétention placentaire, qu'une infection pelvienne ou péritonéale compliquant l'avortement, peuvent parfaitement simuler la perforation utérine.

C) Ce n'est qu'en l'absence de notion d'avortement chez des femmes qui le nient absolument, et chez lesquelles le col de l'utérus s'est complètement refermé sur les débris placentaires, que l'on pourrait discuter certaines effections chirurgicales comme l'appendicite aiguë, la torsion d'un kyste de l'ovaire, la salpingite aiguë.

Pour mieux étudier le problème, nous nous supposerons en présence de deux cas : a) syndrome hémorragique ; b) syndrome péritonéal.

a) **Syndrome hémorragique.** Il est très difficile de rapporter à sa véritable cause une hémorragie abondante provenant de la matrice. Nous ne discuterons pas ici le diagnostic délicat entre l'hémorragie de l'avortement tubaire et celle de

l'avortement utérin qui ressemblent à celle de la perforation utérine.

Il est absolument nécessaire de vérifier l'état de l'utérus avant d'y pénétrer avec une curette, qui ne ferait que dilacérer davantage un foyer de rupture utérine déjà très hémorragique et qui saigne à la fois dans l'abdomen et par l'extérieur.

b) **Syndrome péritonéal.** La plupart des femmes qui ont essayé de se faire avorter, se présentent avec des signes de péritonite aiguë ;

Il faudra avant tout éliminer l'**empoisonnement**, car, de nos jours encore, nombreuses sont les femmes qui ingèrent des doses massives de substances abortives avant de se décider à employer des moyens directs plus efficaces.

L'appendice aiguë : surtout dans sa forme pelvienne, avec sa douleur bas située, parfois même uniquement provoquée par le toucher vaginal ou rectal, et ses troubles vésicaux. L'absence de métrorragies, l'aspect normal du col au speculum, fourniront ici un appoint important au diagnostic.

La torsion aiguë d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé, dont la douleur est plus intense, plus paroxystique que celle de la perforation utérine.

On pensera également à une **hématocèle infectée**, où l'anamnèse et le toucher vaginal apporteront les données nécessaires pour le diagnostic.

Mais ce sont surtout les **salpingites**, dans toutes leurs manifestations ; poussées aiguës de périméto-salpingite, torsion d'un hydrosalpinx, rupture d'un pyosalpinx qui poseront des problèmes délicats. On ne devra pas omettre devant un syndrome aigu pelvien de rechercher les signes de la grossesse y compris l'examen objectif du col utérin. Quant au retard des règles, on doit penser à la grossesse, mais combien sont fréquentes les modifications des règles au cours des annexites, kystes de l'ovaire, même dans des cas de grandes émotions.

Quelquefois, en présence d'une malade en pleine péritonite, où le diagnostic étiologique était impossible à poser, on intervient par la laparotomie sous-ombicale et on trouve une **gangrène de l'utérus post-abortum sans perforation**. C'est en effet une métrite parenchymateuse causée principalement par les anaérobies.

D. — Nous signalerons enfin le diagnostic que peuvent poser les perforations utérines compliquées de lésions viscérales.

L'Intestin, nous l'avons vu, peut être perforé sans être en-

suite ramené à la vulve, et la laparotomie pourra seule trancher le diagnostic. Il n'en est heureusement pas toujours ainsi, car plus souvent le diagnostic des lésions intestinales est relativement facile : il y a incarceration utérine des organes ou encore hernie à la vulve.

Les lésions urinaires sont plus rares dans la perforation utérine et de diagnostic souvent facile à cause du symptôme révélateur qui est l'hématurie. Mais elle doit toujours être confirmée par un cathétérisme pour éliminer certaines causes d'erreur.

Aussi mentionnerons-nous les cas, où le diagnostic n'est fait que tardivement, alors que l'on recherche à rapporter à sa véritable cause une fistule vésico- ou urétéro-vaginale.

DEUXIEME PARTIE.

Les perforations utérines au cours du curettage thérapeutique.

Avant d'entamer l'étude des perforations utérines attribuées au curettage thérapeutique, étude qui ne nous retiendra pas longtemps, nous soulignerons la nécessité de substituer le curage digital au curettage instrumental chez toutes femmes où on aurait à pratiquer pour une raison quelconque une pareille intervention. Cette précaution devra être prise afin d'éviter toute accusation de perforation dans le cas où celle-ci existait avant le curettage chez une femme ayant subi des tentatives de manœuvres abortives, ou encore d'agrandir une petite perforation préexistante. Par contre nous proscrivons dans ces cas, où le diagnostic de perforation utérine étant posé, toute exploration instrumentale, même une exploration « prudente » à l'aide de l'hystéromètre qui, d'une part ne saurait nullement certifier l'existence d'une perforation et on risque d'ignorer une, exposant alors la femme à l'évolution des complications des plus redoutables, d'autre part ne ferait lui non plus qu'augmenter les dégâts desfois peu considérables.

I. — ETIOLOGIE.

Nous passerons en revue d'abord les conditions qui prédisposent à la perforation de l'utérus et puis nous mentionnerons les instruments qui peuvent déterminer cette perforation.

Conditions prédisposantes :

Les conformations anatomiques anormales de l'utérus, comme la petitesse de l'organe de la gestation, l'atrophie de

la paroi, malformation rendant irrégulière non seulement l'épaisseur de sa paroi, mais la forme même de l'utérus (une corne plus développée, etc...), peuvent entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la perforation accidentelle.

Les modifications physiologiques constituent des prédispositions aux perforations de beaucoup plus importantes ; la gravidité, la multiparité, voire même la grossesse extra-utérine, amènent des modifications du parenchyme utérin qui tout entier sera hyperhémie, ramolli et deviendra plus ou moins friable.

Les situations pathologiques font fréquemment des victimes. Versions, fléxions, adhérences, toutes agissent de même : la cavité utérine ne peut s'accommoder à l'instrument.

Les inflammations aiguës et chroniques par les altérations dont elles frappent le parenchyme en affaiblissent la résistance.

Les tumeurs de l'utérus : fibromes, polypes, cancers, mais surtout les môles hydatiformes sont autant de facteurs et d'une importance toute particulière dans la prédisposition aux perforations utérines. Nous n'insisterons pas sur le danger bien connu d'un curettage instrumental pratiqué dans un utérus présentant une môle-hydatiforme : le curettage dans un pareil cas aboutirait bien souvent à la perforation utérine.

Nous signalerons également la facilité avec laquelle se laisse perforer un utérus ayant subi des **interventions** (césarienne corporéale, myoméctomie) et possédant une mauvaise cicatrice.

Pratiquement nous sommes portés à faire un curettage thérapeutique pour des signes de rétention placentaire. On a habituellement affaire dans ces cas-là à des avortements qui datent d'un certain temps, dans lesquels les parois utérines ont perdu leur tonicité. Elles sont infectées, amincies, les cotylédons adhérent, le chirurgien s'attarde avec sa curette dans une corne et tout à coup il sent son instrument s'enfoncer démesurément.

Les instruments.

Voyons maintenant quels sont les instruments qui peuvent déterminer la perforation de l'utérus. Il n'est pas un seul instrument sur lequel les auteurs s'entendent pour proclamer son innocuité. Tous les instruments qui sont destinés à explorer, à nettoyer ou à dilater le col, peuvent quelquefois perforer l'utérus. Ce sont : l'hystéromètre, les curettes, en particulier les curettes tranchantes, les pinces à pansement utérin, les

pincées à faux-germes, les écouvillons, les bougies de Hégar et même les lamineaires sur lesquels nous avons insisté dans le chapitre de l'étiologie des perforations utérines de l'avortement criminel.

II. — LÉSIONS ANATOMIQUES.

Pour éviter de répéter ce que nous avons dit à propos des lésions anatomiques dans la première partie de notre exposé, nous serons bref et nous n'insisterons que sur les caractères particuliers aux lésions qui existent dans la perforation utérine du curettage thérapeutique.

Nous commencerons à souligner la rareté des lésions para-utérines. Les dégâts le plus souvent se limitent à l'utérus et à sa séreuse. Cependant des auteurs ont relaté des cas où les curettes des opérateurs ont amené dans l'utérus des fragments du grand épiploon ou une anse intestinale.

La forme et le siège des perforations de l'utérus sont les mêmes que dans les perforations criminelles ; à la face interne de l'utérus, l'orifice prend la forme de l'instrument qui a traversé la paroi, et l'orifice externe de la perforation est à bords déchiquetés. Mais il est des cas où il s'agit de petites perforations qui sont plutôt des dissociations de faisceaux musculaires que des perforations vraies. Le plus souvent la perforation accidentelle s'est produite quelque part dans la portion corporeale à savoir sur la face postérieure ; car il faut bien admettre que c'est là que la paroi est la plus fragile, étant prise entre la curette qui racle et le promontoire qui fait résistance.

Les bougies de Hégar interviennent surtout dans les perforations du segment inférieur. Un col utérin insuffisamment dilaté et sclérosé peut éclater facilement.

Enfin nous signalerons ce qu'on a appelé les **fausses perforations** qui peuvent prêter à des erreurs d'interprétation ; Basset a insisté sur ces grands utérus dont l'isthme, après avoir d'abord résisté à la dilatation, se laisse forcer brusquement, sur ces utérus dans lesquels la curette s'enfonce brusquement avec ou sans ressaut à une profondeur inquiétante. Guéniot a insisté sur les cas où la paroi utérine flasque se laisse refouler par les instruments.

III. — ETUDE CLINIQUE.

Les curettages thérapeutiques se font sans anesthésie, sous anesthésie générale, ou à l'anesthésie locale sur l'utérus.

Si la femme n'est pas anesthésiée, elle sent une vive **douleur** au moment de la traversée de l'instrument, en même temps que l'opérateur se rend compte de la **pénétration de l'instrument** qui s'enfonce anormalement dans l'abdomen.

Cette notion de la pénétration de l'instrument prend une grosse valeur s'il vient s'y joindre la sensation d'une **résistance vaincue**.

La douleur peut revêtir des formes si variables qu'on ne saurait la considérer comme un symptôme fidèle. Douleur syncopale, vive douleur, coliques, simples tensions, tout a été signalé jusqu'à l'absence complète de douleur.

Coïncidant avec la sensation d'effraction perçue par l'opérateur une **hémorragie** peut apparaître à la vulve mais, à part ce cas particulier où ces deux signes existent ensemble, il y a assez de raisons pour expliquer l'hémorragie sans faire intervenir la perforation utérine. D'ailleurs ce signe pourrait égarer le diagnostic, faire croire à une perforation qui n'existe pas, et en admettant la réalité de la plaie pénétrante, notons qu'elle peut saigner aussi bien dans le péritoine qu'à l'extérieur. Aussi en concluons nous que **les signes d'hémorragie Interne** ont au moins autant de valeur que l'écoulement de sang par les voies naturelles.

À côté de ces deux signes ; douleur, hémorragie, nous devons en signaler un autre : **la tendance au collapsus**, laquelle peut survenir à l'instant même de la pénétration profonde de l'instrument ou plus tard, à l'occasion d'une injection intra-utérine (Mauclair).

De tout ceci, il résulte que, si parfois l'opérateur a connaissance de la lésion au moment même où il la produit, parfois aussi il ne peut que la soupçonner. C'est alors que des auteurs ont conseillé de rechercher quelques signes et de suivre divers moyens d'investigation : sensation de l'extrémité de l'instrument en contact immédiat avec la paroi abdominale, mensuration de l'utérus en un autre point donnant un résultat discordant, l'exploration de l'utérus avec un instrument de plus gros volume incapable de s'engager dans la brèche, toucher digital intra-utérin.

Mais ces manœuvres — à part peut-être la dernière, l'exploration au doigt de la cavité utérine, au cas où le col est suffisamment perméable — sont dangereuses, vu l'état de friabilité du muscle utérin, et l'opérateur risque d'augmenter la solution de continuité, de provoquer une grave hémorragie, ou de compliquer la perforation, voire même de la créer.

La conduite la plus sage, si on n'a pas la certitude de la

perforation utérine, commande l'abstention de toute manœuvre, et la surveillance d'heure en heure de la malade.

La perforation a été méconnue, l'évolution diffèrera bien de celle de l'avortement criminel en raison des mesures d'asepsie prises avant l'intervention. Cependant des complications ultérieures nous mèneront à rechercher leur cause et c'est ainsi que des années plus tard, lors d'une laparotomie, on pourra découvrir des adhérences épiploïques au niveau de l'ancienne perforation, ou un phlegmon du ligament large (Lecène, Proust).

D'autres fois, l'évolution ne sera pas exempte des complications plus précoces que nous avons vues dans la perforation de l'avortement criminel. Ici encore la femme est exposée à une péritonite dont l'évolution sera absolument analogue à celle que nous avons décrite plus haut. Il va sans dire qu'une intervention d'urgence, une laparotomie s'impose.

Ailleurs enfin, on se trouvera en présence des lésions d'organes para-utérins. L'issue à l'extérieur de l'épiploon ou de l'intestin n'est point chose rare. Tantôt accrochés par la curette, ils apparaissent à l'orifice externe au moment même où l'opérateur retire l'instrument ; dès lors le diagnostic est de suite évident. D'autres fois, c'est au cours du curettage que l'instrument ramène, au milieu des débris, de petits amas de graisse épiploïque. Ailleurs, c'est en faisant l'examen complémentaire de l'utérus suspect de perforation, que le chirurgien sentira du doigt l'épiploon ou l'intestin.

Nous n'avons relevé dans la bibliographie que trois cas de lésion de la vessie (Rosenzweig, Klenka, Guellette).

Les autres organes ne sont pas lésés au cours du curettage thérapeutique, ou tout au moins nous n'avons pas trouvé de publications relatant de pareils cas.

Après avoir étudié la perforation de l'avortement criminel et rapidement celle pouvant survenir au cours du curettage thérapeutique, nous passerons à la troisième partie de notre ouvrage où nous envisagerons la question la plus importante de ce problème, celle de la CONDUITE A TENIR lors d'une perforation utérine.

TROISIEME PARTIE.

Traitement des perforations utérines.

La conduite à tenir dans les perforations utérines en rapport avec l'avortement a fait le sujet de récentes discussions. D'une part, c'est à la Société Nationale de Chirurgie de Paris

qu'en 1931, à la séance du 14 octobre cette question tellement importante a connu un regain d'actualité. Depuis, de nombreuses discussions s'ensuivent jusqu'en 1934. D'autre part, et à la même époque (décembre 1931), Basset soulève à la Société l'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, la question du traitement des perforations de l'utérus au cours du curettage. De nombreux chirurgiens, obstétriciens et gynécologues apportent les résultats de leur expérience personnelle, et exposent leurs opinions non seulement sur le traitement curateur, mais aussi sur la prophylaxie des perforations utérines. Les avis sont divergents sur quelques points particuliers, cependant, comme fruit de ces nombreuses discussions, les auteurs arrivent à tracer certaines règles générales quant à la conduite à tenir dans les perforations utérines. Aussi voudrions-nous essayer de dégager les conclusions que l'on a pu tirer des observations publiées ces dernières années.

Si nous avons étudié séparément les perforations utérines dans l'avortement criminel et celles du curettage thérapeutique, c'est qu'il existe, comme nous l'avons vu, une différence essentielle entre ces deux perforations ; leur mécanisme, les conditions dans lesquelles elles surviennent, les lésions qu'elles comportent, leur évolution même sont loin d'être identiques. On conçoit donc que les indications thérapeutiques seront différentes dans ces deux cas. Voici les raisons pour lesquelles nous diviserons le traitement en deux parties : 1° Traitement des perforations utérines consécutives à des manœuvres abortives ; 2° Traitement des perforations utérines au cours du curettage thérapeutique.

I. — Traitement des perforations utérines consécutives à des manœuvres abortives.

Nous envisagerons ici les méthodes thérapeutiques que l'on peut opposer aux perforations de ce genre. Ces méthodes sont suffisamment nombreuses pour qu'il soit utile de les passer en revue et de discuter leur valeur respective.

Mais auparavant nous soulignerons encore une fois la gravité toute particulière des perforations criminelles. Elles sont graves, avons nous dit, pour deux raisons : d'une part la septicité des manœuvres abortives entraîne, presque à coup sûr, une infection utérine, d'autre part ce sont surtout ces perforations qui se compliquent de lésions associées.

La conduite à tenir se réduit, en pratique, à deux groupes de méthodes :

A — Abstention opératoire,

B — Intervention chirurgicale immédiate.

A — Abstention opératoire.

Les partisans de cette méthode sont à l'heure actuelle en nombre assez restreint. Encore se hâtent-ils d'ajouter que c'est **l'expectative armée** qu'ils comprennent sous ce nom. Ils n'envisagent cette conduite à tenir dans les perforations criminelles que dans les cas où il n'y a aucun signe d'infection utérine ou de réaction péritonéale. Leur méthode consiste à mettre la femme au **repos absolu** avec **glace** sur le ventre, à ne faire aucune injection ni vaginale, ni utérine, aucune exploration utérine, mais par contre de pratiquer des examens répétés de la malade qui permettraient d'intervenir à la moindre aggravation. De plus, ils déconseillent formellement l'usage de l'opium qui, en donnant un bien-être trompeur, prive le chirurgien du symptôme douleur.

Mais si ces auteurs soutiennent leur thèse, ils n'ont pas publié d'observations à l'appui de la méthode. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation, celle de Balard, où la perforation de la face antérieure de l'utérus fut guérie par le traitement médical : Dans d'autres cas (Mondor, Proust, Basset), l'abstention a entraîné de conséquences des plus fâcheuses. Aussi devons nous conclure que dans les perforations criminelles, où nous ne connaissons pas les conditions dans lesquelles les manœuvres abortives ont été pratiquées, et où les femmes nous sont amenées tardivement, l'abstention même sous la forme d'une expectative armée, est une méthode qui n'est plus à suivre.

B. — Les interventions chirurgicales immédiates.

Pourquoi faut-il intervenir sans délai ? Voilà les raisons que les interventionnistes invoquent :

1°) « Toute perforation par manœuvre abortive doit être a priori considérée comme infectée ». (Lecène, Basset, Monod et Kiraly) et impose la laparotomie immédiate.

2°) On ne peut jamais affirmer par la seule clinique qu'il n'y a pas de lésions viscérales associées ; c'est la laparotomie qui fera le diagnostic d'une façon précoce en explorant les viscères para-utérins.

Voyons quelles sont les différentes interventions chirurgicales qu'on a conseillé d'opposer à ces perforations utérines.

1) La Colpotomie.

La colpotomie postérieure a été préconisée par divers auteurs, par Morestin il y a une vingtaine d'années et récemment par Moure, Molin et Desjaques (1925). Il suffit dans cette méthode d'ouvrir aux ciseaux le cul-de-sac postérieur, de dilater l'ouverture ainsi produite, et de mettre une mèche ou un drain dans le Douglas. Dans les jours qui suivent l'intervention, la malade est maintenue au lit en position de Fowler avec de la glace sur le ventre et surveillée attentivement pour intervenir plus énergiquement au moindre signe alarmant.

La colpotomie postérieure peut vider le cul-de-sac de Douglas du sang qu'il contient, ou drainer un abcès pelvien tardif, mais elle est aveugle, impuissante d'assurer l'hémostase de la brèche utérine, incapable le plus souvent d'évacuer le liquide d'injection intra-utérine si celui-ci a passé dans le ventre, insuffisante pour assurer un drainage large et efficace en cas d'accidents péritonéaux.

Avec Auvray nous pouvons dire que « la colpotomie est une demi-mesure qui ne permet pas de s'attaquer à la perforation, de la traiter comme il convient, d'être conservateur au besoin parce qu'elle ne permet pas d'assurer un nettoyage du pelvis aussi parfait que la laparotomie, parce qu'elle favorise dans une certaine mesure l'infection du vagin vers le péritoine, parce qu'elle ne permet pas de traiter une plaie viscérale, s'il en existe une, en même temps que la perforation ».

Les observations publiées à propos de la colpotomie ne concernent que des perforations au cours du curettage, ou tout au moins nous n'avons pu relever des cas de colpotomie faite dans les perforations criminelles.

2) Hystérectomie vaginale.

Une autre méthode qui ne recourt pas à la laparotomie, mais cherche à traiter la perforation utérine, c'est encore l'hystérectomie vaginale, proposée par Morestin et J. L. Faure. Ces auteurs s'adressent à la vaginale chaque fois qu'il y aurait nécessité d'intervenir après une abstention préalable pour des signes d'infection utérine ou péritonéale et n'envisagent la laparotomie que si le diagnostic de lésions viscérales soit cliniquement établi.

Proust, Brocq, Schwaab, Séjournet et d'autres réservent l'hystérectomie vaginale au cas restreint de perforations anciennes compliquées de péritonite généralisée, où l'état général des malades est des plus précaires et où l'opération abdo-

minale est gênée par le météorisme considérable et les adhérences entre les anses intestinales.

Les observations concernant cette conduite sont également très rares, Proust a opéré par voie vaginale et guéri une malade avec des signes d'infection très avancés. Les suites opératoires immédiates furent très satisfaisantes, mais une double phlébite retarda la guérison. Monod et Király ont opéré une perforation criminelle en pleine péritonite généralisée en appliquant l'hystérectomie vaginale, mais la malade meurt un quart d'heure après l'intervention. Mossé a pu sauver par cette méthode une malade, où l'opération fut rendue très difficile à cause de la friabilité de l'utérus. La malade a guéri après une série d'abcès pelviens.

Si les partisans de l'hystérectomie vaginale disent qu'elle est suffisante et fait courir moins de risques aux malades parce qu'elle est moins shockante, les partisans d'une intervention par voie haute repliquent en affirmant qu'elle est aveugle et ne permet pas d'explorer d'une façon minutieuse les organes parautérins, et risque ainsi de laisser le chirurgien de passer à côté d'une déchirure vésicale, d'une perforation intestinale, dont le traitement immédiat aurait eu les plus grandes chances de succès. Aveugle, elle ne permet pas d'apprécier l'importance des lésions utérines et supprime à tout coup des utérus que l'on aurait peut-être pu conserver par voie haute, en se bornant à suturer les lésions.

Ce qui concerne la **laparotomie**, la majorité des auteurs la considèrent comme la voie de choix. Mais nous distinguerons ici ceux qui interviennent systématiquement et d'autres qui préfèrent attendre et surveiller la malade d'heure en heure, ne se décidant à la laparotomie qu'après un signal d'alarme ; accélération du pouls, défense abdominale.

La thèse des interventionnistes systématiques c'est que la perforation utérine est une « **plaie pénétrante de l'abdomen** » produite par une voie particulièrement septique. Elle est donc soumise au phénomène directeur absolu du traitement chirurgical des ces plaies ; laparotomie d'emblée. Seule cette laparotomie immédiate pourra obvier à des complications graves, voire même mortelles malgré une intervention secondaire, complications apparues pendant une abstention primitive.

La laparotomie seule pourra faire l'inventaire des lésions para-utérines, et le bilan une fois établi, permettra au chirurgien le choix entre une hystérectomie totale ou subtotale et entre la conservation de l'utérus après une suture simple ou avec résection partielle de l'organe (Rouhier).

3) Suture de la plaie utérine.

La conduite à suivre est en effet essentiellement fonction de deux facteurs : la date de la perforation et l'état de l'utérus. Une perforation récente sur un utérus non infecté, une brèche à bords nets et relativement peu étendue, sont autant de conditions sinon des indications d'une intervention conservatrice respectant l'avenir génital de femmes encore jeunes et leur pouvoir de procréation. C'est ainsi que les partisans de la suture ont relaté des cas où ils ont vu évoluer ultérieurement des grossesses qui sont arrivées à terme et l'accouchement s'est effectué sans aucun incident (Sauvé, Rouhier).

Les adversaires de la méthode (Schanta, Katz, Peham, Schwab, Douay), déconseillent la suture se basant sur le fait que dans l'immense majorité des cas les utérus abortifs sont suspects d'infection et la suture a de grandes chances de s'infecter elle-même et de ne pas tenir en raison de l'œdème inflammatoire de la musculuse. Peham cite 4 cas de perforations suturées immédiatement qui évoluèrent vers la péritonite et entraînèrent la mort par désunion des sutures.

Au contraire ceux qui pratiquent la suture (Proust, Basset, Brocq, Küss, Govaerts, Siegbert, Schockaert, Ernst, Bumm, Sauvé, Rouhier et d'autres) ont obtenu des résultats fort encourageants.

Nous n'insisterons pas sur la manière de suturer les plaies utérines. Pour les uns, après régularisation de la brèche, la suture étagée par points séparés au catgut et complétée d'un surjet séro-séreux est une opération suffisante. Pour les autres, la suture doit être faite avec du gros catgut chromé, vu les conditions d'asepsie toujours douteuses dans lesquelles on se trouve.

Mais un point très important en choisissant cette manière d'agir, c'est de ne jamais suturer la plaie autant que la cavité utérine ne soit pas vide de son contenu. Aussi les auteurs conseillent d'évacuer l'utérus à la main en élargissant la plaie, tout en observant une protection et un isolement rigoureux du champ opératoire, ou, suivant Basset, d'assurer le drainage cervical à l'aide d'une mèche.

4) Hystérectomie abdominale

Cette opération devra être employée dans tous les autres cas, les plus nombreux d'ailleurs, où la plaie utérine sera infectée, où une péritonite a commencé à poursuivre son évolution, où la perforation est déjà ancienne et si l'utérus présente

une plaie de l'un de ses bords latéraux avec hématome du ligament large et grosses lésions vasculaires.

Le succès dépend essentiellement de la précocité de l'intervention. La mortalité globale est certes très élevée, mais si l'on appelle opération précoce celle faite dans les six premières heures, Bumm a une série de 7 hystérectomies avec seulement 2 morts. Stoeckel en possède 18 cas avec 3 morts. Nombreux sont les auteurs qui ont contribué par leurs observations aux discussions de la Société Nationale de Chirurgie, et c'est ainsi que nous avons pu faire le relevé de 51 cas d'hystérectomie abdominale (outre les cas susmentionnés) avec seulement 4 morts.

Devant cet excellent résultat opératoire, nombre d'auteurs n'hésitent pas à intervenir même en cas de péritonite généralisée, l'hystérectomie étant l'unique chance de salut pour ces malades (Auvray, Duval, Proust, Dubois-Roquebert, J. C. Bloch et Loewy).

Dans la plupart des observations l'hystérectomie fut pratiquée **subtotale**, cependant des auteurs comme Liepmann et Wells, conseillent de faire systématiquement l'hystérectomie **totale** afin d'éviter que les tranches cervicales infectent le péritoine. Mais opération plus shockante, les risques d'infection étant les mêmes.

Une fois l'utérus, c'est-à-dire le foyer d'infection supprimé, la question du **drainage** sera tout aussi importante que l'opération elle-même.

Drainage déclive par un gros drain que l'on introduira dans la cavité vaginale ou dans le moignon cervical, suivant l'hystérectomie que l'on aura pratiquée. Si on peut et surtout si l'état général de la malade ne commande pas une intervention très rapide, on péritonisera soigneusement au-dessus de ce drain qui asséchera ainsi largement l'espace cellulaire sous-péritonéal.

Le drainage abdominal doit être assuré en même temps. Les moyens dont on dispose sont nombreux. Drains, mèches, Mikulicz ont leurs partisans et leurs adversaires. Nous n'insisterons nullement ni sur les uns ni sur les autres. Nous rappellerons, cependant, que c'est le drainage à la Mikulicz qui a été employé dans la plupart des cas publiés.

La paroi sera refermée soit en trois plans, soit en un seul, aux bronzes ou à la grosse soie. Schockaert conseille de mettre un surjet sur le péritoine et quelques catguts séparés sur les muscles avec leur aponévrose, la mise en place de 4 crins traversant la peau et la paroi musculaire et liés deux à deux

latéralement sur un morceau de caoutchouc et de placer une mèche de gaze iodoformée entre les bords de la plaie musculocutanée.

Monod et Király insistent sur les **soins post-opératoires**, dont dépend beaucoup la guérison. Nous résumerons brièvement ces soins : la malade habituellement très shockée par l'intervention, sera rechauffée, mise en position de Murphy avec une vessie de glace sur l'abdomen. Des injections sous-cutanées massives de sérum salé isotonique, et un goutte-à-goutte rectal sera installé. On fera des tonicardiaques et chaque fois que possible une transfusion sanguine. Gosset a insisté sur les bons effets que la morphine peut donner en pareil cas. Dans les cas plus avancés on aura recours à des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique suivant les indications de Gosset. Enfin aspiration par le drain abdominal dès le deuxième jour ; à partir du troisième ou quatrième jour on installera l'irrigation discontinue selon la méthode de Carrel.

C. — Traitement des lésions viscérales associées.

Le diagnostic de ces lésions une fois établi, soit par la clinique soit après laparotomie exploratrice, on aura à envisager l'application des meilleurs moyens de traitement. Nous les rappellerons brièvement, mais avant de mettre la malade en position de Trendelenburg il est recommandable d'examiner tous les organes avoisinants dans leur place.

La vessie sera examinée à deux reprises ; avant et après le décollement du cul-de-sac vésico-utérin. Une lésion sous-péritonale de la vessie serait d'ailleurs déjà révélée par la présence d'une large ecchymose ou d'un hématome sous-séreux. Une déchirure de la vessie sera suturée en deux plans ; le plan muqueux au catgut, le musculéux au fil de lin ou à la soie. Une sonde à demeure va être, bien entendu, mise en place.

Les lésions urétérales sont beaucoup plus difficiles et décevantes à traiter. Suture simple et urétéro-cystostomie sont vouées à l'échec, et suivies d'une fistule urétéro-vaginale. Donc cystostomie immédiate et traiter l'uretère ultérieurement.

Les lésions intestinales réclament un traitement variable suivant leur importance. Une plaie latérale sera suturée transversalement en deux plans, ou fermée par une bourse si elle est de peu d'importance. Mais si les lésions sont étendues et

accompagnées d'arrachement du mésentère, on sera conduit à une résection suivie d'une anastomose latéro-latérale.

Les lésions recto-sigmoïdiennes nécessitent parfois une dérivation iliaque temporaire des matières (Placenteanu).

II. Prophylaxie des perforations utérines au cours du curettage post-abortum

La question de la prophylaxie ne saurait être envisagée — bien entendu — que pour les perforations utérines qui peuvent se produire au cours du curettage thérapeutique.

Pour pouvoir les prévenir, certaines notions sont absolument indispensables. Or, ces notions nous les avons exposées et nous n'y reviendrons plus, en traitant de l'étiologie des perforations utérines. Cependant nous croyons utile de souligner ici encore l'importance de la connaissance des conditions prédisposantes que l'utérus peut prêter à sa perforation, soit par des confirmations anatomiques pathologiques, soit par des positions anormales du corps sur le col, soit enfin par les modifications physiologiques de la gravidité. Nous connaissons d'autre part des utérus particulièrement fragiles qui se laissent perforer alors qu'on procède au curettage avec une extrême prudence.

La première et une des plus fréquentes complications du curettage thérapeutique c'est l'éclatement du col.

Voyons quelles sont les méthodes qu'on a conseillé d'utiliser pour obvier à cet accident ?

Il sera de toute nécessité, avant de pénétrer dans l'utérus d'exiger une dilatation aussi parfaite que possible du col, qui est en quelque sorte le traitement prophylactique des perforations utérines. Et, d'abord, celle-ci bien assurée, elle nous évitera des interventions pour ces fausses perforations sur lesquelles Guéniot et Basset ont suffisamment insisté.

Pour éviter l'éclatement du col il faut abandonner la dilatation artificielle brusquée et brutale et recourir à une dilatation lente et progressive qui tend à provoquer une ouverture naturelle de l'utérus.

Pourrait-on utiliser en vue de cette dilatation les **bougies de Hégar** ? Non dans les cas, où on aura à dilater des cols rigides et sclérosés, et surtout les cols traités anciennement par le filhos. D'habitude les cols utérins des femmes en travail d'avortement son entr' ouverts et facilement dilatables. Il n'en est pas ainsi des femmes qui se sont fait avorter : chez elles il n'y a pas de travail d'avortement, car l'intervention crimi-

nelle a souvent seulement ouvert l'œuf, provoqué une hémorragie plus ou moins sérieuse sans déclancher le travail d'avortement ; le col est dur, long et fermé.

Les auteurs qui utilisent les bougies de Hégar conseillent de ne pas dépasser les numéros 13-14 dans les deux premiers mois, le 18 dans le 3^e mois (Schwaab, Hryntschak). Ils recommandent instamment une manipulation douce, lente et progressive, et de s'arrêter dès que le passage d'une bougie de Hégar devient brusquement trop aisé ou qu'il y a écoulement d'un sang très rouge, et alors de ne pas pousser plus loin la dilatation.

Il y a d'ailleurs un moyen susceptible de faciliter la dilatation au moyen de bougies de Hégar, et d'éviter l'effraction du col aussi bien que la perforation utérine, c'est d'assouplir au préalable les tissus cervicaux à l'aide d'une tige de laminaire, mise en place, ne serait-ce que quelques heures avant le curettage.

D'autres auteurs abandonnent l'usage des bougies de Hégar et donnent la préférence aux **laminaires** ; aussi pourra-t-on mettre des laminaires perforées, ou mieux un faisceau de laminaires. Au bout d'une dizaine d'heures la femme aura le plus souvent des coliques ; dans le cas le plus favorable l'utérus aura évacué spontanément les laminaires et son contenu ; sinon le col largement perméable permettra une inspection complète de la cavité utérine.

Le gros inconvénient de cette méthode, c'est sa lenteur sur laquelle Auvray a attiré l'attention ; « Il y a un danger très réel à attendre les effets de cette dilatation lente, progressive. L'utérus, à l'entrée des malades à l'hôpital, saigne et il saigne parfois abondamment, de plus il peut être infecté et il l'est parfois gravement. Il y a donc intérêt majeur à débarrasser immédiatement l'utérus des produits de rétention qu'il renferme ».

Aussi pouvons nous affirmer que si la parfaite dilatation du col est la condition « sine qua non » pour éviter que le curettage soit suivi d'accidents et qu'elle ne soit pas une opération aveugle, elle est la question la plus délicate et le temps qui demande beaucoup de prudence et de perspicacité.

Une fois la dilatation du col obtenu, il est recommandable de pratiquer une exploration digitale préalable qui permettra de reconnaître : une perforation préexistante possible chez des femmes ayant subies des tentatives d'avortement, ou encore des déviations ou malformations utérines et de les rédui-

re avant de faire pénétrer la curette qui risque de perforer au niveau d'une de ces coutures.

Nous n'insisterons nullement sur la manière de faire le curettage, mais savoir pratiquer un bon curettage, c'est savoir prévenir les complications. La méconnaissance des techniques, dit Peham, est une des principales causes de la perforation.

Mais si la perforation accidentelle s'est produite et l'opérateur en a connaissance, il faut cesser toute exploration ultérieure et surtout instrumentale, qui ne ferait qu'agrandir la brèche ou de provoquer des lésions associées. Il faut absolument s'abstenir de toute injection intra-utérine, sur la gravité de laquelle nous avons déjà suffisamment insisté.

III. Traitement des perforations utérines au cours du curettage thérapeutique.

Nous ne traiterons ici que des cas où on sera obligé d'intervenir pour des perforations accidentelles au cours du curettage et où le curettage a du être envisagé pour des signes de rétention placentaire. C'est par conséquent tantôt à la suite d'un avortement provoqué, tantôt à la suite d'un avortement spontané que le curettage va être entrepris.

Nous avons vu dans la deuxième partie de notre ouvrage les différentes circonstances étiologiques et les instruments qui facilitent et déterminent la perforation de l'utérus.

Nous devons encore distinguer deux cas : 1° Ou bien la perforation a été faite par quelqu'un d'autre que le chirurgien qui est appelé à traiter la malade, 2° ou bien c'est le chirurgien lui-même qui a fait la perforation. Dans le premier cas on ne sait pas dans quelles conditions exactes de prudence et d'asepsie qu'on a pratiqué le curettage ; on méconnaît de plus, s'il y a ou non une lésion viscérale associée. Dans le deuxième on se rend compte de la différence fondamentale qui existe entre les perforations chirurgicales et celles qui se voient au cours des manœuvres abortives. Dans celles-là, le chirurgien connaît, tout d'abord, quel est l'état antérieur de l'organe, infecté ou non ; il sait avec quel instrument, mousse ou tranchant, il a fait la perforation et surtout ce sont des instruments aseptiques que l'opérateur utilisait dans un milieu chirurgical.

Ceci explique des divergences d'opinion quant à la conduite à tenir. Nous ne reviendrons plus sur les thèses contradictoires que nous avons exposées dans le chapitre précédent.

Nous nous bornerons à dire que les mêmes méthodes de traitement furent envisagées pour les perforations utérines qui se produisent au cours du curettage, que pour les perforations à la suite des manœuvres abortives.

Nous voudrions plutôt mettre en évidence les résultats opératoires que les différents auteurs ont obtenu et publié au cours des discussions à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris pendant ces dernières années.

Ici plus encore nous opposerons les deux groupes de méthodes: **l'abstention opératoire** et surveillance d'un côté, **l'intervention systématique** de l'autre.

De nombreuses observations ont été publiées concernant des perforations chirurgicales qui ont guéri sans intervention, mais sous le contrôle rigoureux d'une surveillance médicale. Aussi mentionnerons-nous que des auteurs comme Auvray, Douay, J. L. Faure, Le Lorier, Siredey, Schwaab et Vallois ont relaté 17 cas, où ils pratiquèrent le traitement médical avec guérison. De plus, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, Mangé, Charbonnel, Andérodias, Boursier, Ballard, Péry et Roche sont des partisans de l'abstention sous surveillance rigoureuse et en rapportent de nombreux cas où la guérison s'est faite spontanément et sans même que l'accident ait causé aucune complication.

Mais il y a des cas où l'abstention primitive a laissé se produire des accidents graves, nécessitant une intervention pour la plupart mutilatrice, alors qu'une laparotomie précoce aurait pu conserver l'organe de la gestation (Lecène, Proust), et d'autre part une question délicate se pose pour un certain nombre de cas de guérison spontanée ; quelle est la preuve de l'existence de cette perforation sans suite ? Bien souvent il n'y en a pas et nous savons qu'il existe de fausses perforations utérines (Basset, Guéniot).

Cependant le fait que des perforations n'aient pas entraîné d'accidents, ni même légers, est de nature à atténuer l'absolutisme des interventionnistes systématiques, à la condition que l'utérus soit propre et vide, la perforation récente, l'instrument traumatisant de petit volume et la femme placée dans des conditions telles qu'elle puisse être constamment surveillée et immédiatement opérée à l'apparition du moindre accident.

Bien au contraire, aucune hésitation n'est possible et l'intervention immédiate est nécessaire : dans les perforations larges, dans les perforations d'utérus très infectes, dans celles faites par un autre et sur lesquelles on a peu de renseigne-

ments, dans les cas où la perforation a été révélée par le passage dans l'abdomen du liquide d'injection intra-utérine, dans ceux où est manifeste l'existence d'une hémorragie intra-abdominale ou d'une réaction péritonéale, dans les cas enfin où il y a apparition d'une anse intestinale ou d'un fragment d'épiploon.

Une fois l'indication opératoire posée toutes les méthodes que nous avons envisagées pour les opposer aux opérations de l'avortement criminel ont été appliquées.

La colpotomie et l'hystérectomie vaginale ont leurs partisans ; Molin et Desjaques ont publié 4 cas de colpotomie ayant guéri sans accident ; Moure rappelle un cas qu'il a vu également guérir sans aucune complication.

Les partisans de l'hystérectomie vaginale dans les perforations chirurgicales n'ont pas publié des observations et nous ne pouvons rien conclure ce qui concerne cette modalité.

Bien au contraire, les partisans déjà susmentionnés de la suture ont publié 57 cas avec seulement 3 morts.

Quant à l'hystérectomie abdominale, nous avons vu dans le chapitre précédent non seulement les indications mais aussi les bons effets curateurs d'une chirurgie précoce et bien équilibrée.

OBSERVATION

(Inédite)

Service du Dr. Lévy-Solal.

Mme B... Georgette I^o pare âgée de 27 ans vient le 10 décembre 1934 à la consultation des femmes enceintes de la Maternité de l'Hôpital St-Antoine. Ses dernières règles datent du début du mois d'octobre. A l'examen on trouve : un utérus irrégulièrement développé avec dilatation de la corne droite ; grossesse de deux mois environ ; ovaire droit rétrolabé et douloureux. T. A. 11-7.

Le 11 décembre à 22 heures 30 la femme ressent brusquement une douleur brutale dans le bas-ventre et dans un état syncopal on la transporte d'urgence à la Maternité de l'Hôpital St-Antoine. La malade présente des signes d'hémorragie interne, son pouls est rapide, sa température est de 38° ; à la palpation on décèle une défense abdominale et au toucher vaginal le Douglas est très douloureux.

A 23 h. 15. Laparotomie médiane sous-ombilicale, par le Docteur Sureau. Environ 1 litre 1/2 de sang dans la cavité péritonéale. L'utérus présente au niveau de la face postérieure de la corne droite une perforation irrégulière longue de 15 mm., d'où l'on voit sortir un œuf complet paraissant âgé de deux mois.

Hystérectomie par le procédé de Terrier. Mikulicz. Un drain dans le Douglas. — Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze. — Une transfusion de 600 grammes est pratiquée. Un litre de sérum physiologique sous-cutané, et toutes les quatre heures 5 cc. d'huile camphrée.

Suite opératoires : signes d'infection péritonéale, la température oscille entre 38° 2 et 39° 7. Le pouls s'accélère. Une hémoculture pratiquée le 16 décèle du streptocoque, et la mort survient six jours après l'opération.

CONCLUSIONS.

Après l'étude que nous venons de faire des perforations utérines, nous pouvons conclure que :

1°) Des différences essentielles existent dans le diagnostic, le pronostic et le traitement selon qu'il s'agit de perforations par manœuvre criminelle, ou de perforations par curettage thérapeutique.

2°) La perforation criminelle est grave parce qu'elle est vue tardivement, parce qu'elle est septique et parce que de nombreuses lésions viscérales peuvent s'y associer.

La perforation thérapeutique est moins grave car nous pouvons souvent apprécier l'importance des lésions et suivre pas à pas son évolution.

3°) Le problème est surtout un problème thérapeutique. Les travaux et les statistiques publiés, les résultats des discussions dans les sociétés chirurgicales et obstétricales tendent à démontrer que :

a) Dans la perforation criminelle il faut proscrire l'abstention ou les demi-mesures : pas de colpotomie, pas d'hystérectomie vaginale ; il faut avoir recours à la laparotomie qui permet de faire le bilan exact des lésions, de les traiter, et de drainer largement.

b) La perforation au cours du curettage peut dans une grande mesure être évitée par une prophylaxie judicieuse :

- dilatation lente et progressive du col à l'aide de lamineaires ;
- douceur du curettage surtout dans le nettoyage du fond et des cornes ;
- substitution autant que possible du curage digital au curettage.

c) S'il s'agit de perforation accidentelle que l'on juge importante, il faut intervenir par voie abdominale.

Par contre, si on la juge peu importante, cesser toute manœuvre, pas d'injection intra-utérine, pas de morphine, mais repos et glace et surtout surveillance rigoureuse du pouls et de la température. Leurs modifications et l'apparition de la moindre défense abdominale ou de signes d'hémorragie interne commandent l'intervention chirurgicale.

Celle-ci doit toujours être la laparotomie ; dans les perforations peu étendues et de date relativement récente, dans les utérus non infectés et vides, la suture de la plaie utérine sera suffisante, dans tous les autres cas c'est l'hystérectomie sub-totale qui doit être envisagée, suivie d'un drainage large, tubulaire et à la Mikulicz.

Vu: le Doyen de la Faculté
de Médecine

G. Roussy.

Vu: le Président de Thèse,

Couvelaire.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'académie de Paris,
Charléty.

BIBLIOGRAPHIE.

- ARNOULD : Le traitement des perforations utérines. *Marseille-Médical*, N° 22, 5 nov. 1930.
- ASCHEIM : Fall von Perfor. des Uterus bei Abort im 4 Monats. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaek.* Stuttgart 1911, p. 507.
- AUVRAY : Discussion à la Soc. de Chirurgie 1924, p. 828, et à la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, Séance du 1er Février 1932.
- EALARD : Perforation utérine constatée au cours d'un curettage pour avortement criminel. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, N° 192, p. 851.
- BASSET : Du traitement des perforations de l'utérus au cours du curettage. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* Déc. 1931.
- BATTOMLEY : Passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. *Med. Journal and Record*, N° 6, 21 sept. 1914.
- BERGOUIGNAN : Les Perforations utérines de l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1931.
- Le traitement des perforations utérines dans l'avortement. *Le Monde Médical* 1er-15 août 1932.
- BRINDEAU et LEMELAND : *Traité d'Obstétrique*. (Bar, Brindeau, T. III, p. 555).
- BROCQ : Discussion à la Soc. Nat. de Chirurgie. Séance du 14 oct. 1931.
- BROWN CRAIG : Perforation utérine avec blessure du grêle. *Med. Journ. of Australia*, N° 11 17 mars 1928.
- CADENAT et DUFOUR : Perforations utérines dans l'avortement. *L'Hôpital*, N° 332, avril 1933.
- CHEVAL MAX : Le traitement des perforations utérines post-abortum. *Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.* Séance du 1er oct. 1932, in *Gynécologie*, Mars 1933.
- COTTE et POITEVIN : Rapport au congrès de Gynécologie, 1921.
- ERNST : Le traitement de la perforation utérine au cours de l'avortement. *Presse Médicale* N° 86, 27 oct. 1934.
- Journal de Chirurgie, N° 3, sept. 1934.
- FAURE (J. L.) et SIREDEY : *Traité de Gynécologie*.
- FIEUX : Perforation gangréneuse de l'utérus abortif. *Annales de Gynéc. et d'Obst.* 1910, N° 7.
- GEORGESCU et IONESCU : Rupture utérine par tentative d'avortement. *Revista de Chirurgie. Bucuresti*, Févr. 1929.
- GOSSSELIN : Perforation gangréneuse de l'utérus abortif. *Liège Médical*, 9 sept. 1934.
- GOVAERTS : Traitement des perforations utérines post-abortum. *Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.* Séance du 2 avril 1932, in *Bruxelles Médical* N° 46, 11 sept. 1932.
- GUYOT et VILLARS : *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Bordeaux*, 2 mai 1928.
- HELMANN : Perforation utérine avec grave lésion intestinale au cours d'un curettage pour avortement. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*. 21 avril 1934, p. 536, rapp. Picot.
- HRNYTSCHAK : Der Abortus in der Hand des praktischen Arztes nebst Bemerkungen ueber die Prophylaxe der Uterusperforation. *Wien. Mediz. Woch.* 25. Mai 1928.
- KLENKA : Perforation de l'utérus et de la vessie au cours d'un curettage ; suture de la vessie et de l'utérus. *Bratislavska Lekarske Listy* — oct. 1924.
- KRSEK : Avortement provoqué avec perforation étendue de l'utérus. *Bratislavska Lekarske Listy*, N° 10 oct. 1929.
- KUSS : Perforations utérines avec inclusion du grêle. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* 1931.
- LAFONT et JAHIER : *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, 19 juin 1929, page 617.
- LAPOINTE : *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.* 1924, p. 282.
- LAQUIERE : Trois cas d'hystérectomie abdominale pour perforation utérine. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, avril 1933, p. 501.

- LAUBENBURG : Deux cas curieux d'inclusion des viscères dans les perforations utérines. Zentralblatt fuer Gyn., 4 Mai 1929.
- LECENE et LERICHE : Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 545.
- LECLERCQ et CREPIN : Bull. Soc. de Médecine Légale, janvier 1914.
- LE MOUEL : Contribution à l'étude des perforations utérines au cours des avortements. Thèse de Paris, 1934.
- MARX : Les perforations utérines dans l'avortement. Revue Médicale Française, oct. 1932, p. 687.
- MAUCLAIRE : Perforation gangréneuse secondaire de l'utérus. Soc. Nat. de Chirurg. 1er juillet 1930.
- MESTITZ : Blessure grave de l'intestin à la suite d'une perforation utérine. Zentr. fuer Gyn. N° 50, 13 déc. 1929.
- MOLIN et DESJAQUES : La perforation de l'utérus au cours du curettage ; son traitement par colpotomie. Lyon Médical 1925, N° 48.
- MONDOR : Perforations utérines. La Pratique Médicale Française, mai 1933.
— Sur les perforations utérines des avortements et des curettages. Le Documentaire Médical N° 1, 1er janv. 1935.
- OTTOW : Déchirure de l'uretère après perforation utérine. Zentralblatt fuer Gynec. 1er déc. 1928.
- PAUL : Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. Thèse de Paris, 1905-6.
- PETIT : De la perforation de l'utérus au cours de l'avortement. Arch. Méd. Chirurg. de Province, févr. 1933.
- PINSAN : Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours du curettage. Bull. Mém. Soc. Chirurg., 18 nov. 1933.
- PLACENTEANU : Perforation utérine avec rupture de l'anse sigmoïde. Clujul Medical, 1er avril 1931.
- PROUST : Bull. Mém. Soc. Chirurg. Séances du 14 oct. 1931 et du 11 avril 1934.
- ROSENZWEIG : Déchirure de la vessie après perforation utérine. Zentralblatt f. Gyn. 1er déc. 1928.
- ROUHIER : Large perforation utérine avec inclusion du grêle. Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. 14 déc. 1931.
- SAUVE : Discussion à la Soc. Nat. de Chirurgie. Séance du 14 oct. 1931.
- SCHOCKAERT : Soc. Belge de Gynécologie et d'Obst. Séance du 7 janvier 1933.
- SCHWARTZ : Le traitement des blessures de l'utérus. American Journal of Obst. and Gynec. 1er janvier 1929.
- SSERGEEFF : Contribution aux perforations utérines. Zentralblatt fuer Gyn. 22 déc. 1928.
- SIMONCELLI : Perforation utérine et intestinale par manœuvre abortive. Il Policlinico, Roma, 5 janvier 1931.
- SMITH : Avortement avec perforation utérine. L'Island Méd. Journ. 1915, p. 65.
- SOUPAULT : Arrachement du rectum et du colon sigmoïde au cours d'un curettage. Bull. Mém. Soc. Chirurg. 28 avril 1934.
— Le traitement des perforations utérines au cours de l'avortement. Revue critique de Path. et de Thérap. déc. 1931.
- TANASESCU : Contributions à l'étude des perforations utérines. Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. 5 déc. 1931 p. 501.
- TREMOLIERES : Rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement. Revue Méd. de la Suisse Romande. 1908 p. 504.
- WORTMANN et MAXWELL : Perforation traumatique de l'utérus avec lésion du rectum. American Journal of Obst. and Gyn. 1 janvier 1929.
- ZEHNTER : Perforation gangréneuse de l'utérus par suite de manœuvre abortive. Thèse Strasbourg 1920-21.

